

その他

超高齢社会に対応した地域ケアシステムの構築を目指して  
—オランダ在宅ケア組織ビュートゾルフ財団からの学び—  
Establishment of Community Care System for the Elderly Society in Japan  
—Learning from the Buurtzorg Foundation in Netherland—

秋山 直美

Naomi AKIYAMA

秋山 智弥

Tomoya AKIYAMA

抄 録

オランダの在宅ケア組織ビュートゾルフ財団（以下、ビュートゾルフとする）は、日常生活圏域ごとに看護師を中心とする多職種チーム（看護・介護・リハビリテーション）が自律的に活動し、煩わしい事務処理業務をバックオフィスが一元的に担うビジネスモデルである。ビュートゾルフに所属する看護師は、その特徴的なビジネスモデルの中で、看護師の独自性と専門性を存分に発揮し、利用者の在宅での療養生活を支えている。加えて、隣近所・家族・友人などが、通常のお世話の範囲を超えて、長期にわたって介護を行う mantelzorg の構築を支援し、地域ケアを活性化している。日本では超高齢社会に対応した地域ケアの構築が喫緊の課題となっている。いち早く、この問題に対して真摯に取り組み、海外でも高い評価を得ているビュートゾルフを視察した結果と、関連文献からの知見をもとに、日本の地域ケアのあり方について一考したい。

キーワード ■ オランダ, 高齢者, 地域医療, 看護師, 地域包括ケアシステム

## 1. 地域医療を取り巻く環境

日本は世界に類をみないほど高齢化が進んでおり、2015年現在、65歳以上高齢者は3,384万人、総人口に占める割合は26.7%となった。10年後にはベビーブーム世代が後期高齢者に到達する「2025年問題」が間近に迫っている。ヘルスケアサービスの要求は今後、急激に増

大すると予想されており、高齢者対策は先進諸国共通の喫緊の課題である<sup>1)</sup>。日本の地域ケアを支える制度としては、1961年に改定された国民皆保険制度と、2000年に施行された介護保険制度が挙げられる。医療費、介護費は年々増大しており<sup>2,3)</sup>、医療保険制度、介護保険制度とも、制度自体の持続可能性が危ぶまれている。

オランダの在宅介護にかかるサービスコストは、日本の公的介護保険に当たる AWBZ (De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; AWBZ) によってその大部分が給付されていた。AWBZ は現物給付が中心であったが、個人介護予算として現金給付もあり、現物給付と現金給付の併用も可能だった。今までのオランダでは、家族が軽介護を担い、専門サービスが重介護を行うという役割分担もあったようだが、1990年代後半から高まるニーズと財源の確保、在宅と施設の両面での専門サービスの待機者問題の深刻化から、家族等による介護が奨励されるようになった<sup>4)</sup>。年々、個人介護予算は増加しており、AWBZ はコストの増大に伴い、2015年1月1日より新制度である WLZ (Wet langdurige zorg; WLZ) に再編成された。コスト増大の要因の一つとして、家族、知人、近隣の人々からのインフォーマルケアに近い概念である mantelzorg の利用が増加していることが挙げられる<sup>5)</sup>。しかしながら mantelzorg とは、「介護が必要な人々に対して、支援団体や介護組織などではなく、本人の周りにいる社会的関係、つまり隣近所・家族・友人などが、通常のお世話の範囲を超えて、長期にわたって介護を行うことであり、本人にとってなくてはならない必要な介護（1990年、アムステルダム大学のクエークボーム教授）」<sup>4)</sup> とされる。mantelzorg を英語のインフォーマルケアと同義として取り扱うことも多いが、私たちが出会った方々の多くは、mantelzorg をインフォーマルケアと英語訳することは、mantelzorg の正確なニュアンスを伝えてはいないと語っていた。そこで、本稿では mantelzorg のまま表記することとする。オランダ語で mantel とはマント（コート）を、zorg とはケアを意味し、「マントのように包み込むケア」といったニュアンスがこめられている。この mantelzorg は、2003年にはオランダ社会文化計画局で「保険でカバーされる介護の範囲は、週8時間以上で、3か月以上必要な場合のみ」として、特別医療費保険の適用として認められた。現在、mantelzorg を提供する人は、100万人にのぼるとも言われている<sup>4)</sup>。

日本では、厚生労働省が2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制、地域包括ケアシステムの構築を推進している<sup>6)</sup>。そして、このシステム自体は、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくものとされる<sup>6)</sup>。田中<sup>7)</sup> は筒井<sup>8)</sup> の著書を引用し、地域包括ケアシステムのコアに置かれるべきは、職種・組織を越えた規範的統合のもとに展開される「日常生活圏域」ごとの各種ケア機能の統合とする。現在、オランダの在宅ケア組織ビュートゾルフ財団（以下、ビュートゾルフとする）が展開している在宅ケアはまさに、「日常生活圏域」を意識した、主に看護と介護の機能を統合したサービスである。

## 2. 目的

オランダの高齢化率は2014年で18%<sup>9)</sup>と日本の高齢化率より著しく低いが、将来的に高齢者は増加していくものと予想され、高齢化対策は重要な政策課題となっている。ビュートゾルフは、日常生活圏域ごとに看護師を中心とする多職種チーム（看護・介護・リハビリテーション）が自律的に活動し、その活動は、利用者からも高く評価されている。国内外からも、高齢化対策の一つのセオリーとして、ビュートゾルフが展開するビジネスモデルに注目が集まっている。そこで、今回、超高齢社会に対応した地域ケアシステムのあり方について、ビュートゾルフの視察から得た学びをもとに一考したい。

## 3. ビュートゾルフの紹介

ビュートゾルフは、地域看護師が2006年に起業し、2014年現在、オランダ全土で約750チーム、看護師・介護士・リハビリスタッフらを含む約8,000人で利用者約6万人をカバーしている<sup>10-12)</sup>。ビュートゾルフは1チームのスタッフ構成人数を12人までと上限を定め、チームには管理者をおいていない。

オランダ全土で最も高い利用者満足を誇る在宅ケアサービスとされ、そのビジネスモデルはスウェーデン、アメリカ、中国にまで輸出されている<sup>12)</sup>。我が国では2014年に一般財団法人オレンジクロス財団と調印式が執り行われ、実証開発プロジェクトが展開されている<sup>13)</sup>。ビュートゾルフのさらに詳細な内容については、Nandramら<sup>10)</sup>やLeferinkら<sup>11)</sup>の文献がある。特に、日本では、国際医療福祉大学の堀田聡子氏がビュートゾルフの活躍を紹介している<sup>12)</sup>。

## 4. ビュートゾルフでの視察内容

日本の在宅サービスは、都市部に偏在していることが報告されている<sup>14)</sup>。オランダは、日本の九州と同じ大きさの面積である。国が宅地管理をしているので都市計画に沿った形の建て売りが多く<sup>15)</sup>、居住できる地域が限られている。日本の限界集落のように人口が極端に少ない街もできず、反対に、都市に一極集中することもない、コンパクトシティの実現が可能となる<sup>16)</sup>。しかしながら、過疎地と都市部では地域ケアシステムのあり方が異なるのではないかと考え、過疎地と都市部、両方のビュートゾルフ・チームを視察させてもらうこととした。視察の行程について、表にまとめる。

表 視察の行程

視察日	滞在地	視察内容
2015年3月12～15日	オースト・ウェスト・ミッデルビアーズ	早朝から夜間までスタッフに同行し、利用者宅を訪問 その他の地域のケアサービスを見学 オフィスにてスタッフらとディスカッション
2015年3月16～17日	アムステルダム	日中、スタッフに同行し、利用者宅を訪問 ホテルにて本部国際部長とディスカッション
2015年3月18～19日	スヘルトールヘンボス	ビュートゾルフの定例学術集会に参加 学術集会にてビュートゾルフCEOにインタビュー オランダ在住者の方に、オランダの文化、社会、教育、人々の暮らしについてインタビュー

## 1) 過疎地：オースト・ウェスト・ミッデルビアーズ

オースト・ウェスト・ミッデルビアーズは北ブラバント州に位置する。アムステルダムのアムステル駅から特急列車に乗り、スヘルトールヘンボス駅まで約1時間、ここで各駅停車に乗り換え、オースト・ウェスト・ミッデルビアーズに最も近いベスト駅まで20分、さらに車で30分を要する。オースト・ウェスト・ミッデルビアーズは、オランダでは過疎地に該当するそうだが、都市部からのアクセスは想像以上によかった。東、西、中央と3つの集落で構成される人口5,000人ほどの村に、家庭医のクリニックが2か所あり、3名の家庭医が住人の保健医療を担っている。オランダでは全住民が近隣の家庭医を選んで多くの場合は家族単位で登録しており、原則として、家庭医の紹介がなければ医療保険の範囲内では病院にかかることはできない。そうした家庭医制度の中で、ビュートゾルフは主に家庭医から利用者の紹介を受けて利用者数を増加させており、利用者のみならず家庭医からの信頼も厚いことがうかがえた。

オースト・ウェスト・ミッデルビアーズの研修では、モーニングケア及びナイトケアに同行させてもらった。一番の驚きは、スタッフが一人で訪問し、食事のセッティングからシャワー介助、便器の洗浄まですべてをこなすことである。日本の介護保険サービスでは、看護と介護を明確に分ける傾向がある。オランダでも看護と介護を明確に分業している在宅ケア組織は数多くみられるが、ビュートゾルフでは分業を排してチームとしてトータルケアを提供するとの考え方から、患者の身体・生活介護から時には高度医療まで全てを担っている。ケアプランに予定されている一通りのケアを終了した後はすぐに、鞆からモバイルの電子機器を取り出して記録を行っていた。記録の入力様式はととても簡潔で、多くがチェックを入力するだけでよかった。少しの空き時間に、他のチームメンバーの進捗状況を確認している姿が幾度も見られた。また、午前や業務の終了時には、他のメンバーと電話連絡をとっている姿もあった。同行させてもらった看護師からは、チームメンバーに対する信頼感や、チームメンバーの一員として自分が果たす役割を専門職として強く自覚していることが伝わってきた。

利用者は、脳腫瘍のターミナル期で寝たきりの状態である者から、身の回りのことは自立しているが軽度の認知症のある者まで、身体・認知障害の程度も医療依存度も様々であった。このような利用者に対して、3名の固定したスタッフがチームで対応している。これにより、利用者は顔なじみのスタッフによるケアを安定的に提供されることになる。ビュートゾルフの利



用者のケアプランはチームが担い、利用者や家族ともよく話し合いながら、現状に合わせてケアプランを立案し、介入している。そして、細目に渡ってケアプランの見直しを日々行っている。チームメンバーは、看護・介護・情緒的支援を含めトータルなケアを提供し、且つ、チームメンバー間の情報共有も密に行われるため、チームが持つ情報量は多面的、且つ、豊富となる。情報をもとに、柔軟にケアプランを修正することで、訪問回数を増加させるだけでなく、減少させることも多いという。ビュートゾルフの利用者の印象として、日本の訪問看護サービスの利用者よりも、医療依存度は低いように感じた。そこで、胃瘻のある方、人工呼吸器を装着している方、寝たきりの方はどうされているのかをディスカッションの際に尋ねたところ、「そうした利用者はめったにおらず、もしいるような場合は、医療依存度の高い人を専門的に見ている看護チームに依頼する」とのことだった。現在、オースト・ウェスト・ミッデルビアーズ内には、専門チームはないが、オースト・ウェスト・ミッデルビアーズを含む複数の地域にまたがって活動している専門チームがあるとのことだった。

さらにチームを運営するにあたって、管理者がいなくて困ることはないかを尋ねた。対応してくれた看護師は、「看護職は専門職なので管理する必要はない。チームで話し合い、解決していくことが自律性を高めていく」と話してくれた。チームメンバーの新たな雇用や教育の方法も全てチームに任されている。管理者を置いていない状況でどのようにチームメンバーを決めるのか尋ねると、「自ずと全会一致が雇用の条件となる」、「何日か共に働きながら、チームの評価を仰ぎ、全員から受け入れられて初めてチームに加わることもできた」とのことだった。

## 2) 都市部：アムステルダム

アムステルダムには、オランダの全人口のうち、約5%に当たる81万人(2013年)が生活している<sup>17)</sup>。オースト・ウェスト・ミッデルビアーズでは住民のほとんどが庭付きの一軒家に住んでいたが、アムステルダムでは集合住宅がほとんどであり、エレベーターを完備している住宅もあれば、5階建てであっても階段しかない住宅もある。高齢になり階段昇降が難しくなる前に、エレベーター付きのマンションに引っ越す場合もあるようだ。

アムステルダムのチームにも、医療依存度の高い利用者がどの程度いるかを尋ねたが、オースト・ウェスト・ミッデルビアーズと同じく、「そうした利用者は少ない」との回答であった。アムステルダム内には、「医療依存度の高い利用者や、小児の利用者、精神疾患をもつ利用者を対象としたビュートゾルフの専門チームがある。特別な対応が必要な場合は、特別なスキルを持つ専門チームに対応を依頼する」とのことだった。そうした別のチームの応援を受けながら、自分たちのチームで見ることはあるかという質問に対しては、「利用者が強く望むならばあると思うが、特別なスキルが必要なので、そのスキルをもつ別のチームに依頼する方が利用者の為になると思う」と話す。専門チームのスキルや特殊性を認め、信頼している姿勢が見ら

れた。

アムステルダムのチームでも頻回に、チームメンバーと携帯電話で連絡を取り合っていた。どのような内容について連絡を取り合っているのか尋ねると、「利用者の状況やケアで困ったことなど、たわいもないことも含めて、それぞれの状況について電話で連絡を取り合うのがいつものスタイル」、「春に学校を卒業したばかりの新人看護師も、困ったことがあったら電話で相談してきてくれる。もちろん、ベテランのメンバーもよく電話で相談しあっている」と話していた。

## 5. ビュートゾルフ・チームから学ぶ地域ケアシステムのあり方

### 1) 利用者とスタッフ

宮崎らが紹介するように<sup>18)</sup>、ビュートゾルフの利用者よりも、日本の訪問看護サービスの利用者の方が、医療依存度は高い印象を受けた。実際、オースト・ウェスト・ミッデルビアーズとアムステルダムの両チームの利用者ともに、経管栄養や人工呼吸器を装着した利用者はいなかった。両国の利用者像が異なる背景として、以下の二点が考えられる。一点目は、前述したとおり、専門的なケアが必要とされる医療依存度が高い利用者に関しては、それを専門とする他のチームに応援を頼むためである。一方で、ビュートゾルフでは地域での看取りの援助を積極的に行っており、その一環として、地域での mantelzorg 形成を支援している。二点目は、欧州諸国では、自分で食べることが困難になった高齢者には胃瘻などの人工的な処置は通常行わず<sup>19,20)</sup>、日本と比べて医療依存度が高い状態をさけ、老衰を受け入れる文化が浸透している。オランダでは1993年に安楽死が合法化され、厳格な条件のもとで安楽死が決断されることが年々増加している<sup>21,22)</sup>。

次にビュートゾルフのスタッフについて触れる前に、オランダの看護・介護職の資格について堀田の論文<sup>23)</sup>と、現地での視察をもとに紹介する。オランダでは、日本のように「看護師」と「介護福祉士」という2つの国家資格には分かれておらず、1つの資格の中で連続体として存在している。教育年限によって5つのレベルに分かれており、レベル1～4は中等職業教育レベル、レベル5は高等職業教育レベルとされる<sup>23)</sup>。ビュートゾルフでは、スタッフのレベルは3以上が望ましいとしている。レベル3は輸液を投与するための静脈内留置針を挿入することができず、レベル4・5の看護師はできるといった、業務上の責任や技術・知識の度合いなどには違いはあるものの、レベル3とレベル4・5スタッフの立場性にはほとんど違いがみられない。ビュートゾルフでは、メンバー間のフラットな関係に基づいてチームが構成されるため、スタッフのレベルの差は大きな意味をなさないようだ。

スタッフの雇用は、創傷ケアや緩和ケアの専門看護師などのスペシャリストをチームに加えるかも含め、全てチームに決定を委ねられている。加えて、ビュートゾルフ本部には、チーム

のコンサルテーションに応じるコーチも存在し、地域をまたいでチームの抱える様々な問題の解決を支援している。職員の教育も同様、全てチームに任されており、必要な知識を必要だけ自発的に学ぶ自立した姿勢が徹底されている。毎年開催されるビュートゾルフ学術集会もその一つである。これは、オランダ各地のビュートゾルフ・チームに所属する看護師らが集まり、日々の活動を報告し、情報交換をする場である。毎年同時期に国内5か所で各1日、延べ5回開催されている。各自の予定やワークショップの内容、交通の便などを加味して、いずれかの回に参加することになっている。ビュートゾルフ・チームはオランダ全土に点在しているため、学術集会を毎年開催することによって、ビュートゾルフの理念を共有することができ、また、個々の看護師のケアの知識・技術の質の担保にも繋がっている。

オランダ国民は自律性が高く、論理的・合理的思考の持ち主としても知られている。管理者をおかずとも、チームメンバー間で自律的に働くことができるというビュートゾルフのビジネスモデルは、自律的な生活を好む利用者によって補完される。このように、日本とオランダの両国では、国民性や制度に違いがあるものの、看護と介護を分業せずにトータルケアとして提供することにより、むしろ経済効果を高めている点や、専門性によって看護チームも機能分化を進めるという点は、日本の地域ケアシステムのあり方へ有用な示唆を与えるものと考えられる。同行訪問を通して出会った利用者は、ビュートゾルフ・チームに支えられながら在宅療養を送れることの喜びを口にしていた。スタッフたちも、自分たちの仕事の利用者を支え、ひいては地域を支えていることに誇りを持っていた。

## 2) ICT (Information and Communication Technology; ICT) システムの活用

看護師らが看護実践に専念できる重要な要素の一つとして、ビュートゾルフ・オリジナルのICTシステムの活用が挙げられる<sup>11)</sup>。ビュートゾルフの看護師の訪問バックの中には、必ず本部から支給されたモバイル型の電子機器が入れている。その電子機器を使って、利用者の情報からケアプラン、日々の看護記録、職員の勤務状況に加え、ケアに必要な知識・技術のための最新情報や、各種アセスメントツールまで、全て、独自のネットワークでつながっている。記録は独自で開発されたフォームを使用しているが、徹底してシンプルに作られており、スタッフがケアに専念できる時間をより多く生み出している。オランダ全土に散らばるビュートゾルフ・チームの情報は全て、アルメロにある本部に集積され、医事作業や給与管理の一切はわずかな人数の本部職員によって集約的に行われている。

電子機器を通じて入力した内容は、別行動をしているチームメンバーも閲覧することができる。出会った看護師の多くが、自分がその日担当した業務だけでなく、他のメンバーや利用者の状況についても気にかけていた。加えて、携帯電話も活用し、チームメンバー同士で密に連絡・相談を行っていた。ビュートゾルフ・オリジナルのICTシステムは、看護実践に専念できるよう設計されている点や、ICTシステムの活用により、地域差に関わらずチームメンバー

間での密な連絡等を可能にしている点が優れていると感じた。

### 3) 「日常生活圏域」を大切にする地域ケアシステム

私たちの視察したオースト・ウェスト・ミッデルビアーズのメンバーの多くは、オースト・ウェスト・ミッデルビアーズ近郊に居住していた。同行させてくれたスタッフが語った「私たちは、数少ない地域の専門職であり、mantelzorgを提供するとともに、提供を受ける住民でもある」という言葉が印象的だった。一方、アムステルダムでは、自分の居住する地域の住民を対象として活動を行うスタッフは少数で、多くのスタッフは近郊の都市から、仕事のためにアムステルダムに通勤しているようだ。

学術集会で開催された mantelzorg のワークショップでは、実際に mantelzorg を実践した 2 名の家族による講演が行われた。終了後、演者とのディスカッションの中で、「mantelzorg という言葉には、一昔前までは家族のケアが当たり前のように女性に強いられてきたという背景もあり、ネガティブな側面ももっている。“mantelzorg” という用語よりも、むしろ“ラブケア”と呼びたい」とのことであった。その発言からも、mantelzorg には“無償の愛に基づく”ケアというニュアンスが含まれているものと推測された。今回訪問した利用者の多くは、地域で暮らす高齢者として、ヘルパーや看護師といったフォーマルなサービス以外にも、家族や近所の人々、学生ボランティアといったインフォーマルなケアも同時に受けながら生活している様子がうかがえた。mantelzorg を支援することはビュートゾルフの活動理念の一つにもなっている。地域の専門職として、オースト・ウェスト・ミッデルビアーズのチームは mantelzorg を提供する人たちに講習会を開いていた。アムステルダムのチームは mantelzorg の活動を広く伝えるために、利用者を迎えてのラジオ放送を行っていた。また、インターネットサイトでは、mantelzorg を受けたい人と提供したい人のマッチングサービスもあるとのことだった。

高齢化対策として、mantelzorg という地域資源を重視し、mantelzorg の形成を地域の看護師が担うという点は、日本の地域ケアシステムのあり方にも参考になるだろう。今回の視察では、過疎地と都市部で mantelzorg の形成過程とその方法に関する相違までは明らかにすることができなかった。

### 4) 地域ケアを担う看護師不足とその確保 —「ワークシェアリング」の有効性—

オランダでは 1996 年の「労働時間差別禁止法」において、労働時間の違いに基づく労働者間の差別を禁止し、パートタイム労働者は雇用保護や賃金をはじめとする労働条件は基本的にフルタイム労働者と均等、あるいはそれに準ずる待遇が保障され<sup>24)</sup>、ワークシェアリングが全国的に進んだ<sup>25)</sup>。2000 年には労働時間の短縮・延長を求める権利を認めた「労働時間調整法」が施行され、ライフスタイルに応じた労働時間の選択が労働者の権利として認められ、結果、



パートタイム労働者は全労働者の約半数に迫る<sup>26)</sup>。また、子供のいる女性のパートタイム就業率も極めて高く、3歳未満の子供のいる女性でも74%が就労している(2002年)<sup>27)</sup>。反面、大陸ヨーロッパ諸国に根強く残る基本的に子供は家庭で育てるものという感覚も残っており、子供をもつ女性のフルタイム勤務については望ましくないという認識が未だ持たれている<sup>24)</sup>。筆者らも、週40時間のフルタイム就労者として共働きをしていることを伝えると、驚きの表情を浮かべられ、子供たちの生活や教育について心配された。

ワークシェアリングを行うことに対して、オランダの人々は様々なメリットを感じていた。ビュートゾルフに所属する看護師からも、「違う場所で働くことはいろいろと刺激を受けられる」、「人間関係も固定しているよりも流動的な方がよい」、「地域ケアだけでは高度な医療処置を経験することがほとんどないので、急性期病院やホスピスなどに勤めることで様々な経験ができる」などの肯定的な意見が聞かれた。例えば、A看護師は、週20時間をビュートゾルフのスタッフとして働き、その他の時間は病気の夫を介護している。また、同じチームの子育て中のB看護師は、週12時間をビュートゾルフのスタッフとして働き、週12時間を別のホスピスで働いている。このように、家庭の事情によって短時間労働を選択する者もいれば、2つ以上の短時間労働を異なる施設で掛け持ちすることも珍しくない。子育てしながら、仕事を継続することは難しくないのかという問いに、「保育施設の待機児童はなく、基本的に仕事の時間に合わせて子供の送迎の時間を自由に決められる」とのことだった。一方で、「小学校は子供が昼食を食べに自宅に戻ってくるのにあわせて送迎をしなければならないという制約がある」との意見も聞かれた。オランダの2012年の60歳以上の独居世帯または配偶者との同居率は女性で90%、男性で94%と高く、一方、子供との同居率は8%に留まる<sup>28)</sup>。日本の65歳以上高齢者では、独居世帯または配偶者との同居率は54%、子供との同居率は35%<sup>29)</sup>であり、日本に比べるとオランダの同居率は著しく低いことがわかる。しかしながら、オランダの多くの子育て世代の若者は、両親の自宅近くに住み、子供の送迎を両親に手伝ってもらいながら就業を続けている。

地域ケアを担う専門職の不足は、オランダ、日本に共通した問題であり、ビュートゾルフのスタッフの多くは40～50歳代だった。新たな地域ケアの担い手の獲得を目指してビュートゾルフでは、専門職の養成校に赴き、地域ケアの面白さについて学生に紹介する活動を行っている。その努力が実り、アムステルダムチームは、新たに新卒のスタッフが加わったという。日本でも徐々に、新卒から直接、訪問看護師を目指す若者が生まれてきたが、一人で活動することの多い訪問看護師を、新卒からいかに育てるかについて模索しているところである。アムステルダムチームによると、新卒スタッフはワークシェアリングをしているので、急性期のことは病院で習うことができるという。ライフスタイルに合わせて、多様な働き方を可能とするオランダのワークシェアリングは「子育て」「結婚」を機に離職し<sup>30)</sup>、潜在看護師となる多くの看護師たちに選択の自由を与えるのではないだろうか。しかしながら、オランダのワーク

シェアリングは、非常勤であっても常勤と同じような待遇が保障されているという前提があることに留意が必要である。

今回出会ったビュートゾルフのスタッフたちは皆、自分のスキルと技術を自主的に磨くこと、専門職として仕事を続けることに誇りを持っていた。オランダの看護介護職の資格は5年毎の更新制であり、就業を中断する時期があれば資格を失う可能性もある。そのため、ワークシェアリングを利用しながら、子育て世代であってもキャリアは中断しないよう就業継続している。今回出会ったスタッフの一人は、「専門職なのだから、看護師として働き、スキルを一定以上のレベルに保つべきで、それは看護師としての責任と自律だ」という。当たり前のこととはいえ実践するのは必ずしも容易ではない。オランダの看護師たちが、看護師としての職業倫理をどのように確立し、実践しているのか、その教育の仕組みにも関心を抱いた。

## 6. まとめ

世界に類を見ない勢いで高齢化が進む日本において、超高齢社会に対応した地域ケアシステムの構築は喫緊の課題である。この度、ビュートゾルフの視察を通して学んだことは、オランダと日本、両国の国民性・制度設計の相違を超えて、有益な資料となり得ると確信する。

なかでも、看護と介護の分業を排してチームとしてトータルケアを提供するとの考えや、地域での mantelzorg の形成を専門職として支援するとの考えは、日本において地域ケアシステムを構築する際にも重要な示唆を与えるだろう。

## 謝 辞

本論文の一部は、佛教大学個人研究費および JSPS 科研費 15K20689 の助成をうけたものです。

研修の企画にあたり快く協力、支援いただいた国際医療福祉大学大学院教授 堀田聡子先生ならびに研修を快く受け入れてくださったビュートゾルフ財団 CEO の Jos De Block 氏、国際担当の窓口として研修をコーディネートして下さった Gertje van Roessel 氏ほか、直接ご指導いただいた各チームの皆さまに深く感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) The OECD Health Project: Long-term care for older people, OECD, OECD publishing, Paris, 2005, 19-32.
- 2) 厚生労働省：平成 24 年度 国民医療費の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>, 2015 年 8 月 1 日.
- 3) 厚生労働省：介護費用と保険料の推移 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html>, 2015 年 8 月 1 日.

- 4) 後藤猛: 認知症の人が安楽死する国, 雲母書房, 2012年.
- 5) 大森正博: オランダの介護保障制度, 国立国会図書館調査及び立法考査局 レファレンス, 51-73, 2011.
- 6) 厚生労働省: 地域包括ケアシステム  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/), 2015年8月1日.
- 7) 田中滋: 必要とされる各種ケア機能を統合する「地域看護」を Buurtzorg と「地域包括ケアシステム」の接点, 訪問看護と介護, 19 (6), 482-483, 2014.
- 8) 筒井孝子: 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略－ integrated care の理論とその応用, 中央法規, 東京, 2014.
- 9) The world bank: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS/countries>, 2015年8月1日.
- 10) Sharda S.Nandram : Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland (Management for Professionals), Springer, 2014.
- 11) Ard Leferink, Jos de Blok, Sharda Nandram, et al: Buurtzorg Nederland and ICT Innovation The shift from Bureaucracy to Accountability, 病院, 73 (6), 470-475, 2014.
- 12) 堀田聡子監修: Buurtzorg 解体新書, 訪問看護と介護, 19 (6), 440-448, 2014.
- 13) 一般財団法人オレンジクロス: <http://orange-cross.org/nwes/223/>, 2015年8月1日.
- 14) 村嶋幸代 (主任研究者): 地域特性に応じた訪問看護ステーションの機能・役割に関する検討 報告書, 社団法人 全国訪問看護事業協会, 2008.
- 15) 太田和敬, 見原礼子: オランダ 寛容の国の改革と模索, 子どもの未来社, 東京, 2006.
- 16) 関谷隆博: コンパクトシティに学ぶ日本の都市政策の現状と展望, 香川大学 経済政策研究, 8:181-206, 2012.
- 17) 国土交通省国土政策局. 各国の国土政策の概要  
<http://www.mlit.go.jp/kokudokeikaku/international/spw/general/netherlands/>, 2015年8月1日.
- 18) 宮崎和加子: Buurtzorg との違いに学んだ今日日本で取り組むべきこと－訪問看護団体として視察して, 訪問看護と介護, 19 (6), 454-458, 2014.
- 19) 会田薫子: 延命医療と臨床現場 人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学, 東京大学出版会, 東京, 2011.
- 20) 橋本肇: 高齢者医療の倫理－高齢者にどこまで医療が必要か－, 中央法規, 東京, 2000.
- 21) アグネス・ヴァン・デル・ハイデ: オランダとベルギーにおける安楽死と医師による自殺幇助, 比較法学, 47 (2), 173-190, 2014.
- 22) Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, et al: Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey, Lancet, 8, 908-915, 2012.
- 23) 堀田聡子: ケア従事者確保に向けた諸課題－オランダの経験から－, 季刊・社会保障研究, 47 (4), 282-400, 2012.
- 24) 水島治郎: 反転する福祉国家 オランダモデルの光と影, 岩波書店, 東京, 2012.
- 25) 紺野登: 幸せな小国 オランダの智慧, PHP 新書, 東京, 2012.
- 26) OECD: OECD factbook 2013, OECD Publishing, Paris, 2013.
- 27) OECD 編: 図表でみる世界の社会問題 OECD 社会政策指標, 明石書店, 東京, 2005.
- 28) King' college LONDON: Assisted living innovation platform scoping report for the Long term care revolution SBRI challenge

超高齢社会に対応した地域ケアシステムの構築を目指して（秋山直美・秋山智弥）

- 29) 内閣府：平成 26 年版高齢社会白書 [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/sl\\_2\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/sl_2_1.html), 2015 年 8 月 1 日.
- 30) 日本看護協会：潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査, 2007.

（あきやま なおみ 看護学科）

（あきやま ともや 京都大学医学部附属病院）